

平成31年度（2019年度）第 回認知症対応型サービス事業管理者研修
受講申込書（個人票）

平成（新元号） 年 月 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

事業所名 _____

ふりがな _____

氏名 _____ 印

- * この申込書（個人票）は、受講を希望するご本人が記入してください。
- * 修了証書は、氏名欄に記載された文字に基づき発行しますので、氏名は、楷書によりはっきりと丁寧に記載してください。
（特に「高」→「高」、「眞」→「真」などの簡略字を記載した場合、簡略字で発行します。）

1 受講希望者について（該当する番号を○で囲んでください。）

生年月日	昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女
職種・役職	1 管理者（施設長） 2 計画作成担当者 3 看護主任 4 看護職員 5 介護主任 6 ユニットリーダー 7 介護職員 8 主任相談員 9 相談員 10 主任指導員 11 指導員 12 その他（ ）				
資格	1 看護師 2 社会福祉士 3 介護福祉士 4 介護支援専門員 5 訪問介護員（ヘルパー 級） 6 精神保健福祉士 7 理学療法士 8 作業療法士 9 言語聴覚士 10 その他（ ）				
研修受講の目的	1 平成（新元号） 年 月から認知症対応型共同生活事業所等の管理者になることが <u>確定している。</u>				
	2 平成（新元号） 年 月からすでに認知症対応型共同生活事業所等の管理者に就任しているが、 <u>管理者研修未受講であり、受講が必要であるため。</u>				
	3 現時点では他の者が管理者を務めており、しばらく交代の予定はないが、 <u>次期管理者としてトレーニングを行いたいため。</u> ⇒ 下の欄に、現在の管理者の氏名を記入してください。				
	4 その他（下記に具体的に記載のこと） （ ）				
現在の管理者の氏名	※ 研修受講の目的で3を選んだ場合には、必ず記入してください。				

2 認知症高齢者介護に従事した期間の合計

_____年 _____ヶ月

3 研修の修了状況等

(1)

研 修 名	修 了 日 (受講予定日)
認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修) *	昭和・平成 年 月 日 * 修了証書の写しを添付してください。
認知症介護リーダー研修 (旧専門課程研修)	昭和・平成 年 月 日
介護職員基礎研修	昭和・平成 年 月 日

※ 本研修は、認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修を含む) 修了が受講要件です。
必ず認知症介護実践者研修修了証書の写しを添付してください。

(2) 研修受講時と、現在の名字が異なる方は、旧姓を記入してください。

--

(3) 申込み時点で、認知症介護実践者研修を修了していますか。

該当するものに、○をつけてください。

① 認知症介護実践者研修 (旧基礎課程研修) を修了している。

⇒ 必ず修了証書の写しを添付してください。

② 平成 31 年 (2019 年) 6 月 5 日 (水) 開講の県主催認知症介護実践者研修に申し込んでいる。

③ 平成 31 年 (2019 年) 6 月 26 日 (水) 開講の県主催認知症介護実践者研修に申し込んでいる。

4 連絡先

担 当 者 所 属 名			
担当者氏名 ※	電 話 番 号	()	
緊急連絡先 (電 話)	緊急連絡先 (F A X)		

※ 担当者が受講希望者自身である場合にも記入すること。